

УДК 364.444(1)

Ключевые слова: медицинская услуга, экспертный опрос, составляющие качества*С.А. Кириллова, Ю.А. Юсикова*

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Стратегические национальные проекты в таких сферах, как здравоохранение, образование и других, определенные в соответствии с государственными инициативами в качестве социальных приоритетов развития страны, нацелены на создание новых механизмов для повышения качества жизни граждан России. Состояние именно этих сфер определяет социальное и демографическое благополучие общества, формирует условия для развития человеческого капитала. При этом оценка качества социальных услуг должна быть осуществлена в рамках содержательного определения услуги как совокупности характеристик, определяющих установленные или предполагаемые потребности потребителя.

В данной статье раскрывается авторская методика экспертной оценки качества медицинских услуг, апробированная на примере сферы здравоохранения в Республике Башкортостан.

На сегодняшний день функционирование сферы здравоохранения РФ нельзя назвать благополучным. Такое положение обусловлено результатом перестройки 90-х гг. прошлого века, когда в развитие медицинских учреждений вкладывались минимальные средства. Государство и теперь не в состоянии обеспечить всех нуждающихся бесплатным и в то же время качественным лечением. Таким образом, интерес к оценке качества медицинских услуг обусловлен несколькими движущими силами, главная из которых — определение соответствия между качеством медицинского обслуживания и затратами на него.

Для оценки качества медицинских услуг в сфере здравоохранения использу-

ется множество показателей, такие как летальность, длительность госпитализации, число повторных госпитализаций, уровень диспансеризации, уровень хронической заболеваемости, частота выявления запущенных (поздних) стадий заболевания и др. Следует отметить, что социологические опросы при этом являются одним из наиболее индикаторных методов оценки качества медицинской помощи.

При этом несмотря на декларируемую значимость решения задачи повышения качества медицинских услуг, в частности, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», а также при наличии большого количества методик оценки в настоящее время органы управления не располагают законодательно утвержденным подходом для оценки качества услуг с точки зрения потребителей [2, 3, 4].

В рамках предлагаемого экспертного подхода, представляющего оценку качества услуг с позиций субъективных представлений потребителя, комплексность и логическая увязка характеристик социальных услуг обеспечиваются путем их группировки по этапам предоставления, начиная от получения информации об услуге и заканчивая ее потреблением (рис. 1).

Оценка качества услуг в рамках данного подхода базируется на проведении очного анкетного опроса потребителей по этапам предоставления и составляющим оценки качества — качеству ресурсов, процесса, результата.

Оценка вопросов в процессе анкетного опроса осуществляется путем присвоения респондентами баллов от 0 до 5 (0 — наихудший уровень качества, 5 — наилуч-

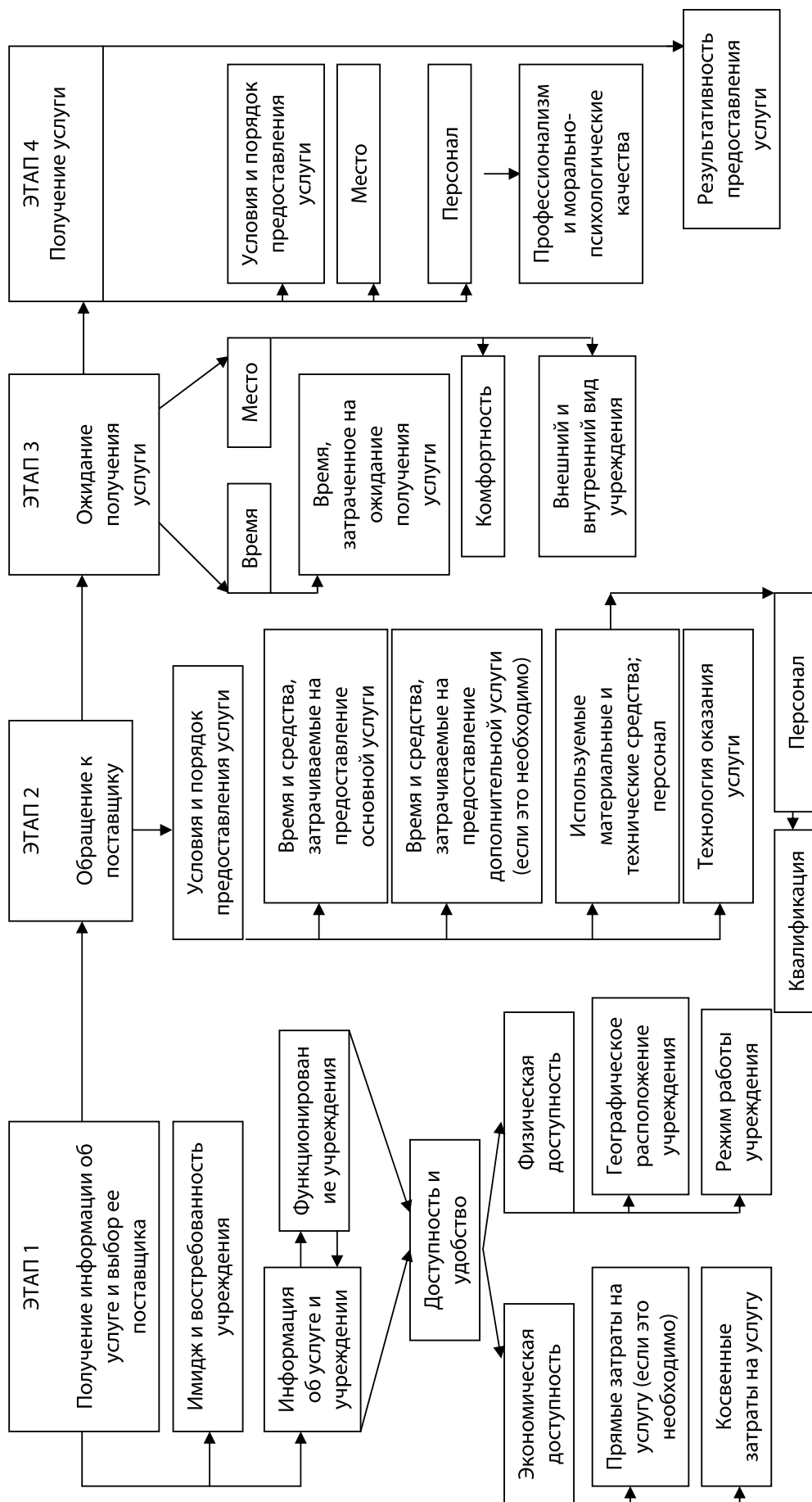


Рис. 1. Логическая увязка характеристик качества социальных услуг в экспертном подходе

ший). Поскольку каждый вопрос, содержащийся в анкетах, отражает простое свойство социальной услуги, согласно правилам квалиметрии, схема расчета интегрального показателя качества дополнена путем введения коэффициента весомости [1].

В данном случае в качестве весового коэффициента выступает количество респондентов, указавших тот или иной вариант ответа на соответствующий вопрос. Введение в качестве весового коэффициента количества ответивших на вопрос обусловлено возможным отсутствием в силу тех или иных причин части ответов на поставленные вопросы. Схема поэтапной оценки качества услуг, использующая также для оценки интегрального показателя в разрезе составляющих качества, с последующей сверткой получен-

ных значений в интегральный показатель представлена на рис. 2.

Для удобства интерпретации количественных оценок качества, полученных на основе экспертного подхода, назначаются интервалы качества или подмножества состояний (табл. 1).

Таблица 1

Лингвистическая интерпретация интегральных показателей качества социальных услуг

№ п/п	Интервал значений I_k , доля ед.	Качественная интерпретация показателя
1	$0,00 \leq I_k \leq 0,33$	Низкий
2	$0,34 < I_k \leq 0,66$	Средний
3	$0,67 < I_k \leq 1,00$	Высокий

Изучение мнений потребителей медицинских услуг осуществлено путем проведения анкетного опроса, проведенного



Рис. 2. Схема расчета интегрального показателя качества социальных услуг на основе применения экспертного подхода

в период с октября по ноябрь 2006 г., и с апреля по май 2007 г. в Уфе, включающего два этапа. На первом этапе были опрошены потребители услуг как непосредственные объекты полезного воздействия. При этом оценка качества услуг в сфере здравоохранения осуществлена на основе данных, полученных от потребителей, получавших услуги за счет средств добровольного медицинского страхования. На втором — эксперты, в качестве которых выступили работники Республиканского врачебно-физкультурного диспансера, преподаватели Башкирского государственного медицинского университета.

Распределение выборочной совокупности представлено в таблице 2.

Таблица 2

Число респондентов опросов потребителей медицинских услуг (Уфа, октябрь — ноябрь 2006, апрель — май, 2007)

№	Год	Кол-во потребителей, чел	Кол-во экспертов, чел.
1	2006	600	35
2	2007	500	20

Выборка — квотная, репрезентативная взрослому населению в возрасте от 18 до 60 лет и старше г. Уфы по половозрастному составу.

Таким образом, в рамках экспертного подхода по данным мониторинга мнения населения Республики Башкортостан о степени удовлетворенности медицинскими услугами была получена следующая картина.

За период 2006–2007 гг.¹ удовлетворенность населения качеством медицинских услуг снизилась по всем типам медицинских учреждений, причем удовлетворенность различными составляющими предоставления услуг в зависимости от типа учреждения сильно варьировалась (табл. 3). При этом как в 2006 г., так и в 2007 г., потребители более всего были недовольны работой поликлиник респуб-

¹ Расчет оценки качества услуг на основе экспертного подхода ограничен периодом 2006-2007 гг., что связано с формированием информационного массива данных на основе анкетного опроса.

Таблица 3

Уровень удовлетворенности населения Республики Башкортостан отдельными составляющими предоставления услуг в 2006-2007гг., %

№	Составляющие предоставления услуг	Доля удовлетворенных качеством услуг (%)					
		поликлиник		больниц		станций скорой медицинской помощи (СМП)	
		2006 г.	2007 г.	2006 г.	2007 г.	2006 г.	2007 г.
1	Укомплектованность специалистами	42,3	41,0	61,0	59,7	48,0	54,1
2	Квалификация специалистов	52,1	41,7	62,2	64,7	45,5	49,7
3	Оснащение медицинской техникой и оборудованием	48,2	40,6	50,0	54,2	41,1	45,9
4	Отношение к пациентам со стороны медицинского персонала	43,9	40,1	58,7	46,8	55,8	45,9
5	Возможность проведения необходимых анализов, обследований	48,8	47,7	61,2	52,2	31,7	31,8
6	Результаты лечения	44,8	41,2	56,5	47,8	47,0	40,1
7	Среднее значение по составляющим	46,7	42,1	58,3	54,2	44,9	44,6

Примечание: в таблице приведена доля удовлетворенных качеством услуг пациентов

лики, тогда как работа больничных учреждений оценена выше всего.

Наибольшая дифференциация по уровню удовлетворенности отмечена в части укомплектованности специалистами, их квалификации, оснащенности медицинской техникой и оборудованием. Причем несмотря на то, что работа больниц республики оценена выше всего, 48,6% респондентов все-таки готовы доплатить за улучшение условий пребывания в ней.

В части отдельных составляющих качества медицинских услуг установлено, что население более неудовлетворенно качеством процесса их предоставления (в среднем 56% респондентов по всем типам медицинских учреждений). Наибольшую неудовлетворенность вызывают оперативность оказания услуг (54,4%), график работы большинства кабинетов поликлиник (43,1%), а также отношение к пациентам со стороны медицинского персонала (35,1%). Оценивая профессиональные и человеческие качества медицинского персонала, респонденты выразили недовольство средним персоналом, указывая на его низкий профессионализм (67,2% против 51,8% у врачей) и невежливое отношение (78,1% против 40,4%).

Таблица 4

Оценка субъективной компоненты качества услуг в здравоохранении в Республике Башкортостан по этапам предоставления в 2006-2007 гг., доля ед.

№ п/п	Этап предоставления услуги	Оценка компоненты (доли ед.)	
		2006 г.	2007 г.
1	Получение информации о поставщике услуги	0,44	0,43
2	Обращение к поставщику услуги	0,33	0,65
3	Ожидание получения услуги	0,29	0,30
4	Получение услуги и ее результативность	0,37	0,29
5	Интегральный показатель качества	0,36	0,42

Результаты расчета обобщающих поэтапных и интегральных оценок субъективной составляющей качества медицинских услуг представлены в таблице 4.

Значение интегрального показателя качества услуг в здравоохранении в Республике Башкортостан, рассчитанное в рамках субъективного подхода, составило 0,36 доли ед. в 2006 г. (что соответствует среднему уровню качества), в 2007 г. — 0,42 доли ед. (выше среднего). Наиболее высокое значение качества зафиксировано на первом этапе предоставления услуги (при выборе ее поставщика), как в 2006 г., так и в 2007 г. (0,44 доли ед. и 0,43 доли ед. соответственно). Действительно, на сегодняшний день для повышения информированности граждан республики о функционировании системы здравоохранения в сети Интернет действует Башкирский медицинский сервер, а также сайт ЗАО ИИА «Башмединформ», которые предоставляют всем заинтересованным новейшую информацию о деятельности учреждений здравоохранения республики, проводимых мероприятиях в области охраны здоровья и о многом другом.

Расчет интегральной оценки качества услуг в сфере здравоохранения по составляющим качества — качеству ресурсов, качеству процесса и качеству результатов — позволил получить результат, представленный в таблице 5.

Таблица 5

Оценка субъективной компоненты качества услуг в здравоохранении в Республике Башкортостан по составляющим качества в 2006-2007 гг.

№	Показатель	Оценка субъективной компоненты (доли ед.)	
		2006 г.	2007 г.
1	Качество ресурсов	0,398	0,400
2	Качество процесса	0,277	0,365
3	Качество результата	0,412	0,393
4	Интегральный показатель качества	0,362	0,386

Таким образом, можно сделать следующие выводы о повышении качества предоставления медицинских услуг в Республике Башкортостан:

1. В рамках организации медицинской помощи:

а) ускоренное развитие и внедрение общей врачебной практики будет способствовать повышению координации оказания лечебно-диагностической помощи населению, оптимизации использования ресурсов, повышению уровня его профессиональной компетенции медперсонала;

б) создание межрайонных диагностических центров, а также строительство новых центров высоких технологий увеличат доступность соответствующих услуг;

в) перенесение акцента на амбулаторно-поликлиническое оказание медицинской помощи поспособствует внедрению ресурсосберегающих технологий оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и, следовательно, снижению уровня заболеваемости населения, выявлению заболеваний на ранних этапах их развития;

г) создание дополнительных отделений повысит качество оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

2. В рамках предоставления медицинской помощи необходимы:

а) повышение информированности граждан о деятельности сферы здравоохранения региона путем обязательного привлечения всех учреждений здравоохранения республики к созданию сайтов в сети Интернет; создание реестра коммерческих медицинских учреждений республики с указанием профиля их деятельности и условий приема;

б) повышение оперативности оказания медицинских услуг в поликлиниках путем осуществления предварительной записи на прием к специалистам и усиление деятельности участковых терапевтов;

в) проведение психологических семинаров и занятий, направленных на повы-

шение уровня соответствующих знаний медицинских работников в целях повышения качества коммуникации с пациентами.

Реализация выделенных направлений, на наш взгляд, создаст условия для всестороннего повышения качества медицинских услуг с учетом новейших тенденций изменения в функционировании указанной сферы.

Список литературы

1. Азгальдов Г.Г. Количественная оценка качества продукции — квалиметрия. Некоторые актуальные проблемы. М.: Знание, 1986. 40 с.

2. Галанова Г. Оценка эффективности управленческой деятельности лечебно-профилактических учреждений и оплата за качество оказанных услуг. Методическое пособие // Социальная защита. Москва. 1997. Выпуск №14. С. 162.

3. Кулагина Э.Н., Введенская И.И. Многовариантность критериев оценок экономической эффективности в здравоохранении // Здравоохранение в Российской Федерации. 1998. №5. С. 36-39.

4. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице / Е.С. Железняк, Н.И. Вишняков, Н.Г. Петрова, Е.Н. Пенюгина // Здравоохранение в Российской Федерации. 1998. №5. С. 39-41.